

ДЕРМАТОФИТИИ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Тихоновская И.В.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы
медицинский университет»

Микроспория относится к числу наиболее распространенных дерматофитий, занимая второе место после микозов стоп и кистей.

Различают антропонозные и зоонозные типы возбудителя микроспории. К первым относится *Microsporum audouinii* (Gruby), который в нашей стране встречается редко. К группе антропонозных относится также ржавый микроспорум (*Microsporum ferrugineum*) *Microsporum gypseum* — геофильный гриб, поражающий человека, лошадей, кошек и собак регистрируется преимущественно в сельской местности. Наиболее распространенной является зооантропонозная микроспория, вызванная *Microsporum canis*. Источником заражения являются больные кошки, собаки, люди. При поверхностной микроспории волосистой части головы обычно отмечаются лишь единичные очаги поражения правильной округлой формы и относительно небольших размеров (в среднем с пятикопеечную монету), резко очерченные, не сливающиеся друг с другом, покрытые значительным количеством отрубевидных серовато-белых чешуек. Характерным клиническим признаком является наличие в очаге сплошь обломанных волос, которые выступают над уровнем окружающей кожи на 2—5 мм. У основания волоса часто образуется беловатая кольцевидная чешуйка, окружающая его в виде манжетки. К редко возникающим видам микроспории кожи волосистой части головы относят инфильтративную, нагноительную (глубокую), экссудативную, трихофитоидную и себорейную. Микроспория гладкой кожи возникает чаще на открытых частях тела — лице, шее, кистях и предплечьях. Очаги поражения имеют вид резко ограниченных, круглых, немного выступающих над кожей воспалительных дисков, нередко образуя причудливые очертания.

На втором месте среди дерматофитий с поражением волос находится трихофития, которая вызывается грибами рода *Trichophyton*. К антропофильным трихофитонам относятся: *Trichophyton violaceum* (фиолетовый) и *Trichophyton crateriforme* (кратериформный). В настоящий момент в нашей стране антропонозная трихофития встречается редко. Чаще регистрируется зооантропонозная трихофития, вызванная *Trichophyton mentagrophytes* var. *granulosum* (син. *Trichophyton gypsum*) и *Trichophyton verrucosum* (син. *Trichophyton faviforme*). Основным источником заражения при фавиформной трихофитии является крупный рогатый скот при гипсовидной трихофитии – мелкие домашние, дикие и лабораторные животные. Антропофильные грибы вызывают поверхностную и хроническую форму трихофитии, зоофильные – поверхностную, инфильтративную и нагноительную формы. Поражаться могут волосы, кожа, редко ногти. При поверхностной антропонозной трихофитии волосистой части головы наблюдаются мелкие очаги с нечеткими границами и «пеньками» волос длиной 1 – 2 мм. Если волосы обламываются на уровне кожи, то они имеют вид черных точек. При поверхностной антропоножной трихофитии гладкой кожи очаги поражения представлены пятнами с периферическим валиком, состоящим из мелких пузырьков и корочек. При хронической трихофитии волосистой части головы у пациентов наблюдаются атрофические плешинки и низко обломанные волосы (симптом «черных точек»). При поражении гладкой кожи чаще закрытых участков тела определяются эритематозные пятна с синюшным оттенком, расплывчатыми границами. При поверхностной зооантропоножной трихофитии волосистой части головы определяются резко ограниченные эритематозно – сквамозные пятна с инфильтрированным валиком, состоящим из мелких узелков. При нарастании воспаления инфильтрация усиливается и поверхностная форма переходит в инфильтративную, а затем и в нагноительную. В таких случаях кожа в очагах поражения отекает, гиперемирована с наличием фолликулярных папул и пустул. При надавливании выделяется гной. Нарушается общее состояние пациента, увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Аналогичные клинические проявления характерны для инфильтративно – нагноительной трихофитии волосистой гладкой кожи.

Основным препаратом для лечения дерматофитий волосистой части головы и гладкой кожи с поражением пушковых волос является гризеофульвин. Гризеофульвин – противогрибковый антибиотик, вырабатывается рядом грибов рода *Penicillium*. Связывается с микротрубочками в ядрах грибковых клеток в результате чего нарушается митоз грибковой клетки. Обладает фунгостатическим действием. Вы-

пускается в виде таблеток по 125 и 500 мг и в виде суспензии на 1 мл 0,1 г гризеофульвина. Существуют формы микронизированного (таблетки 250 и 500 мг) и ультрамикронизированного гризеофульвина (таблетки 125 мг), что значительно повышает его всасываемость. Наиболее оптимальной является пролонгированная форма гризеофульвина — гризеофульвин-форте, который для лечения дерматофитии волосистой части головы назначают в суточной дозе из расчета 22 мг/кг. При поражении грибами рода *Trichophyton* возможно снижение дозы до 20 мг/кг/сут. Лечение проводят по следующей схеме: гризеофульвин назначают ежедневно до первого отрицательного анализа на грибы, а затем в той же дозе в течение 2 недель через день и 2 недели — два раза в неделю. Антибиотик следует принимать во время еды, лучше с чайной ложкой рыбьего жира или растительного масла, которое необходимо для повышения растворимости гризеофульвина и увеличения длительности его действия (альфа-токоферол, содержащийся в маслах, задерживает метаболизм гризеофульвина в печени). Маленьким детям рекомендуется назначать гризеофульвин в виде суспензии (8 мл суспензии соответствует 125 мг таблетке). Тербинафин (ламизил) — препарат из группы аллиламинов. Подавляет синтез эргостерина за счет действия на фермент сквален — эпоксидазу. В основном проявляет фунгостатический эффект. Также как и гризеофульвин менее активен против *M. canis*, чем по отношению к грибам рода *Trichophyton*. Выпускается в таблетках по 125 и 250 мг. Фирмой производителем рекомендуется применять в следующих дозах: при массе ребенка 10 – 20 кг – 62,5 мг/сут, 21 – 40 кг – 125 мг/сут, свыше 40 кг – 250 мг/сут. Рядом российских авторов (Потекаев Н.Н., 2001) рекомендуется повышение дозы на 50%. При весе ребенка до 20 кг – 94 мг/сут, от 20 до 40 кг – 187 мг/сут, при весе свыше 40 кг – 250 мг/сут. Взрослым назначают 7 мг/кг в сутки, но не более 500 мг/сут. Есть наблюдения, что при назначении препарата не обязательно проводить местную терапию. Продолжительность лечения дерматофитий волосистой части головы от 6 до 12 недель.

При единичных поражениях гладкой кожи (не более 3) наружное лечение может быть в виде монотерапии. Применяются противогрибковые мази, кремы, растворы: кетоконазол (низорал, кето — плюс); тербинафин (ламизил); циклопирокс (батрафен); аморолфин (лоцерил); Современное наружное лечение дерматофитий волосистой части головы включает назначение шампуня Кетоконазол 2% через день. Шампунь может назначаться профилактически в семьях, где была зафиксирована микроспория волосистой части головы и для лече-

ния носителей. Для механического удаления возбудителя применяется бритье с периодичностью 1 раз в 4 или 10 дней.

Литература:

1. Баткаев Э.А., Корсунская И.М., Киямова Н.Я. Применение Ламизила (тербинафина) при лечении микроспории у детей. Вестник дерматол. и венерол., 2001 - № 4. - С. 68-69.

2. Рукавишникова В.М. Современные особенности клиники микроспории. Лечащий врач, 2001. - № 4. - С. 8-12.

3. Потекаев Н.С., Курдина М.И., Потекаев Н.Н. Ламизил при микроспории. Вестник дерматол. и венерол., 1997 - № 5 - С. 3-4.

4. Потекаев Н.Н. К клинике и терапии микроспории. Вестник дерматоло. и венеролол. 2000. - № 5. - С. 69 - 72.

5. Jahangir M., Hussain J., Hassan M., Hroon T.S. A double-blind, randomized, comparative trial of itraconazole versus terbinafine for 2 weeks in tinea capitis. Br. J. Dermatol, 1998 - Vol.139. - P. 672-674.